UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1941-1942

N° 28

DES PÉRICYSTITES

COMPLIQUANT

L'ADÉNOME PROSTATIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le vendredi 12 juin 1942

PAR

Pierre-René CHAUVIN

Né à Bassens (Gironde), le 30 août 1915

JURY ..... MM. DUVERGEY, professeur ..... *Président.*
CHARRIER, professeur ..... *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
DARGET, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1942

CHAUVIN (Pierre-René)

Des Péricystites compliquant l'adénome prostatique. — Bordeaux, impr. Bière, 1942. In-8°, 63 p., planche h.-t.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 28*).

CHAUVIN (Pierre-René)

Des Péricystites compliquant l'adénome prostatique. — Bordeaux, impr. Bière, 1942. In-8°, 63 p., planche h.-t.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 28*).

CHAUVIN (Pierre-René)

Des Péricystites compliquant l'adénome prostatique. — Bordeaux, impr. Bière, 1942. In-8°, 63 p., planche h.-t.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 28*).

CHAUVIN (Pierre-René)

Des Péricystites compliquant l'adénome prostatique. — Bordeaux, impr. Bière, 1942. In-8°, 63 p., planche h.-t.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 28*).

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1941-1942

N° 28

DES PÉRICYSTITES

COMPLIQUANT

L'ADÉNOME PROSTATIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le vendredi 12 juin 1942

PAR

Pierre-René CHAUVIN

Né à Bassens (Gironde), le 30 août 1915

JURY ..... MM. DUVERGEY, professeur ..... *Président.*
CHARRIER, professeur .....
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
DARGET, agrégé .....

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Pergue

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC.
Assesseur ..... M. LABAT.
Doyen honoraire ..... M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGES, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPERIE.
Clinique chirurgicale et gynécologique	JEANNENEY.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements..	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	DAMADE.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale ..	RECHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Zoologie et parasitologie..	SIGALAS.
Médecine expérimentale ..	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique..	N.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologique	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FRANCK.
Médecine générale	PIECHAUD. N. DE GRAILLY. FONTAN. BROUSTET. DERVILLEE. SARIC. DUBARRY.
Chirurgie générale	LOUBAT. MASSE. DARGET. MAGENDIE. POUYANNE.

	MM.
Obstétrique	RIVIERE. MAHON.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	N.
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie..	CASTAGNOU.
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD. GRANGER.
Histoire naturelle médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	N.
Accouchements	RIVIERE.
Puériculture	FAUGERE.
Zoologie et parasitologie..	R. SIGALAS.
Médecine légale	DERVILLEE.
Urologie	DARGET.
Législat. pharmaceutique..	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.

	MM.
Physique médicale et pharmaceutique	N.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	LIARD.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE

A MON PERE

A MES SŒURS

A MON NEVEU

A MA GRAND-MERE

A MON PARRAIN

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MES JUGES

A Monsieur le Docteur Henry DUVERGEY

CHEF DE CLINIQUE D'UROLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

En le remerciant de la bienveillance avec laquelle il a bien voulu me donner d'utiles et nombreux conseils.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous inspira le sujet de notre thèse et nous fit l'honneur d'en accepter la présidence.

HISTORIQUE

Si l'adénome prostatique ou, pour être plus précis, l'hypertrophie des petites glandes périuréthrales intrasphinctériennes est une affection courante de la soixantaine et certaines complications mécaniques, infectieuses, dégénératives relativement fréquentes, la péricystitite est fort heureusement rare. Néanmoins son étude présente un certain intérêt du fait que plusieurs cas de mort lui sont imputables, et que l'on peut remédier dans certaines limites à ces accidents fatals par les progrès de la technique opératoire et les moyens prophylactiques employés.

C'est à l'école française que revient la paternité et le mérite d'avoir publié de nombreux travaux sur les suppurations juxtavésicales. Les faits les plus anciennement connus appartiennent à Fabrice de Hilden-Chanel-Littré, de la Motte, Douce, Bricheteau. Mais c'est Bernutz qui, le premier, fit une description détaillée de la maladie qui porte son nom, et qui n'est autre qu'une forme de péricystite ; celui-ci distingue entre les inflammations abdominales et celles du *fascia propria* de la partie antérieure de l'abdomen. En 1856, Retzius poursuit son étude anatomique et donne son nom à l'espace prévésical désormais appelé espace de Retzius. Puis Hyrel en Allemagne, Constantin en France font une série d'études très intéressantes continuées par Weuzel, Grüber, Heurtaux, Pauzat, Leusser, qui distinguent l'espace prévésical de l'espace en arrière des droits. Puis surviennent les travaux de Guyon et de son école (Albarran). Costaneda y Campos, Gérardin en font le sujet de leur thèse. Jean décrit les péricystites chroniques. Guyon et Hallé établissent la

grande division : origine urinaire et non urinaire, puis viennent Boreilly, Tillaux, Charpy, Waldeyer, Neumann, English, Pasteau, Debanis, Bazy, Imbert, Rochet et Picqué, la monographie d'Houtell et l'étude de Hoch. Pousson, Desnos, Minet, Legueu, Watson et Cunningham reprennent les idées de Guyon. D'après Legueu il y a trois sortes de phlegmons : phlegmon des espaces rétro-musculaires, phlegmon de l'espace prévésical et phlegmon de l'espace prépéritonéal. Les thèses de Mawig, 1881, de Villiers, 1885, Cristol, 1887, les travaux de Pucale, Para, Tuffier, Balph, Martin sont très documentés sur la question, de même que les travaux de Pierre Delbet, Paul Delbet, Waldeyer, Cuneo et Aversenq.

L'étude de la propagation par voie lymphatique est faite par Watson, Mercier, Hoggan, Albarran, Lendorf, Cuneo et Marcille Robbes, d'Arguello, Cervantes et le *Traité des lymphatiques* de Rouvière, 1935.

Puis Legueu et Lieutaud étudient les phlegmons diffus périvésicaux. English décrit les péricystites idiopathiques. Marion insiste sur l'origine post-opératoire fréquente des péricystites. En Allemagne Rudolf-Lesbold, Lohnsam, Laumers, Housell, Ibork, Watel et Balies. En Angleterre, Stephen Pajet, Prescot, Herwett, Arey, Power, Michels, Newmann. En Amérique : Puller, Harris, Young, Caulls, Chute, Wasson, Herman, Morrisson, Greenberg, Culner et Baher, Goldstein et Abeshouse. En Italie, Nicolieh, Gasbarriori, Criscenzi. Enfin, les traités de Desnos et Minet et le *Traité d'urologie* du professeur Marion très récents forment une synthèse de nos connaissances sur la question à ce jour.

DÉFINITION DE LA PÉRICYSTITE

C'est d'après Marion l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la vessie, contenu dans la loge limitée par les aponévroses ombilico-vésicales.

Mais certains ont voulu donner au terme péricystite un sens plus particulier, pour Delbet se serait l'inflammation du péritoine de revêtement, alors que le terme de paracystite conviendrait mieux pour désigner l'inflammation du tissu cellulaire voisin de l'organe. Aversenq préfère les termes de péri et d'extracystite. Ce dernier remplacé le plus souvent par phlegmon de la cavité de Retzius. Mais ces différentes définitions ne présentent qu'un intérêt scholastique et ne méritent point sujet à discussion ici.

Quoi qu'il en soit, il faut surtout savoir que la péricystite, au sens le plus large du mot, est souvent d'origine prostatique. C'est ainsi que, d'après les statistiques de Lieutaud (littérature médicale) sur 36 cas étudiés par lui :

3 cas ont un point de départ vésical;
19 cas ont un point de départ uréthral;
7 cas ont un point de départ prostatique;
5 cas ont un point de départ traumatique;
2 cas, enfin, et seulement, ont une origine non urinaire.

Comment et par quel mécanisme l'adénome est-il cause de la péricystite. Comment la péricystite se produit-elle chez un prostatique. Voilà surtout les questions qui retiendront notre attention et dont la solution permettra de prévenir et de porter remède à la plupart de ces affections.

ETIOLOGIE-PATHOGENIE

Nous pouvons distinguer trois grandes causes des péricystites survenant par suite de la présence d'un adénome prostatique. Ce sont :

1. Les troubles d'origine mécanique, qui aboutissent à l'infection de l'urèthre, de la prostate, de la vessie et finalement du tissu périvésical.

2. L'infection de l'adénome.

3. Enfin et surtout la péricystite survenant après des interventions chirurgicales diverses, résultant de l'existence de l'adénome.

I. Nous envisagerons d'abord le premier cas :

Un sujet atteint d'adénome prostatique passe d'après l'étude classique de Guyon par trois étapes.

a) La période de congestion ou prostatisme caractérisée par la pollakyurie nocturne, la dysurie, les modifications du jet et le retard de son apparition : « Le malade pisse sur ses bottes et ne peut éteindre les réverbères. »

b) La période de rétention incomplète sans distension caractérisée par une augmentation de la pollakyurie qui, de nocturne, devient diurne et au point de vue physiologique par la présence du bas-fond vésical. Or, dans ce cas, l'urine stagne dans ce bas-fond et aura tendance à s'infecter. Parfois nous aurons affaire à une bactériurie simple, mais plus souvent les parois de la vessie vont s'enflammer, une cystite se déclare qui, ultérieurement, pourra s'étendre et donner naissance à une péricystite : en effet, les parois vésicales altérées s'épaississent, s'indurent, peuvent devenir le siège d'abcès, les

tissus périvésicaux s'infiltrent. Dans ces conditions, sous l'influence du traitement, l'infiltration inflammatoire des tissus rétrocède, ce qui permet à la vessie de reprendre une capacité normale. Mais parfois, il persiste un certain épaississement vésical et périvésical qui sera à l'origine d'une pollakyurie permanente et qui, souvent, exige la pose d'une sonde à demeure. Il faut noter cependant que ce mode de propagation est très rare, car les parois de la vessie sont très résistantes à l'absorption toxique de l'urine et par là même à l'absorption septique.

Citons quelques observations pour illustrer ce cas.

Observation de Culner et Baker.

Nègre de 61 ans, admis en août 1926 à l'hôpital pour un diagnostic d'hypertrophie prostatique. Bien portant jusqu'à il y a un an, moment où il remarque l'importance des mictions surtout la nuit. Ce symptôme associé à une dysurie progressivement croissante et un écoulement goutte à goutte de l'urine. Il y a six mois, début d'une sensation de brûlure au commencement et à la fin de la miction, qui augmente progressivement jusqu'au jour de son admission. La rétention complète se produit six jours avant son entrée à l'hôpital. Il s'alita et fut sondé tous les jours.

A l'examen on trouve une tumeur molle au-dessus de la symphyse pubienne. Au toucher, une grosse prostate lisse modérément ferme et symétrique.

La sonde ne pouvant passer, on pratique une ponction sus-pubienne qui évacue un pus épais. Sous anesthésie le jour suivant, on trouve la sonde sus-pubienne au sommet de la vessie dans une cavité abcédée s'étendant latéralement des deux côtés, pour entourer complètement la vessie. A l'ouverture, la vessie présente une paroi épaisse recouverte de débris nécrosés et adhérents. La muqueuse granuleuse œdématiée est couverte par place de matériel muco-purulent. On sentait une grosse prostate intravésicale trilobée.

A l'autopsie : hypertrophie de la prostate, cystite suppurée, pyélonéphrite suppurée et hémorragique bilatérale avec abcès

multiples des reins, abcès périnéphrétique gauche subaigu, se continuant avec la périurétérite et énorme abcès péricystique.

c) Puis vient la troisième période de rétention incomplète avec dilatation, c'est la période des troubles digestifs accentués, des troubles urémiques. Le sujet présente un lobe vésical augmenté de volume et urine par regorgement, il perd ses urines. D'autres fois, c'est une crise de rétention aiguë, qui survient sans qu'aucun symptôme préalable ne le fasse prévoir. Dans ces situations, le sondage s'impose, la mise d'une sonde à demeure avec fausset pour éviter l'hémorragie *a vacuo* devient nécessaire, mais cette thérapeutique, anodine en apparence, peut donner naissance à l'infection en produisant des traumatismes de l'urèthre, des parois de la vessie, d'où production d'uréthrite, de cystite et finalement de péricystite par un mécanisme analogue à celui étudié antérieurement. On a même signalé des phlegmons de la cavité de Retzius succédant à une perforation de la paroi antérieure par des sondes ou des explorateurs maniés par des mains peu habiles et inexpérimentées.

II. Infection de l'adénome.

C'est un cas très fréquent, il n'existe guère de pièces d'hypertrophie sur laquelle on ne puisse trouver, à un moment donné, des lésions inflammatoires. Cicchanowski et Rotchild, Motz et Goloshudt, examinant quatre-vingt pièces de prostates hypertrophiées, ont constaté dans neuf cas de gros abcès massifs et dans quatre cas de la périprostatite suppurée. Examinant au microscope cinquante prostates hypertrophiées, ils ont trouvé neuf fois une infiltration inflammatoire très prononcée, trente et une fois l'infiltration ordinaire des prostates catarrhales et dix fois seulement une absence d'infiltration embryonnaire inflammatoire. Ici deux hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer cette inflammation ou bien il s'agit d'une prostatite ancienne, au

cours de laquelle se développent des adénomes qui ne peuvent qu'accroître et aggraver la lésion. Ou bien il peut s'agir d'une infection par voie sanguine ou lymphatique, à point de départ variable, en particulier rectal. En général, les prostatites des prostatiques ne donnent que rarement des complications juxta-vésicales, le plus souvent elles se terminent spontanément en s'ouvrant dans l'urèthre ou la vessie, lorsqu'elles suppurent. Parfois elles donnent lieu à des périprostatites de l'étage supérieur ou de la fosse ischio-rectale. Enfin, la mort peut survenir si le diagnostic n'a pas été porté à temps et si on n'est pas intervenu pour libérer le pus.

1. *Observation de Fuller.*

Homme de 55 ans, souffrant d'incontinence urinaire associée à des sensations douloureuses de ténesme rectal. Fièvre continue avec des antécédents d'exarcerbations fréquentes accompagnées de frissons. Douleur constante et sensibilité dans la région rénale droite qui parfois était suffisamment violente pour nécessiter des opiacés. L'urine était chargée de pus et de bactéries. Le malade était bien portant il y a un an quand après excès d'alcool et excès génitaux, ayant pris froid, il présente une brusque rétention d'urine. On fit une prostatectomie, une fièvre élevée s'ensuivit qui persiste jusqu'à l'heure actuelle.

Avant cette crise de rétention, on relève que des années auparavant il y eut plusieurs crises de blennorragie avec des écoulements récidivants et des périodes d'irritabilité vésicale et des mictions fréquentes. Il y eut également des périodes d'excitation sexuelle et d'irritation. Le traitement qui fut alors employé fut le sondage, des lavages vésicaux et des injections urétérales.

Au toucher rectal, on trouve tout l'espace rétro-prostatique rempli d'un infiltrat inflammatoire solide, très sensible à la pression. Tout essai pour injecter des liquides dans la vessie provoquait une douleur considérable et une expulsion uréthrale immédiate le long de la sonde. Sous chloroforme on peut injecter 2 cc. 1 /2 de liquide. La cystoscopie montre la surface interne de la vessie comme étant granuleuse, œdématiée et divisée par des plis profonds. Par place des

adhérences épaisses des dépôts catarrhaux et des zones d'hémorragie punctiformes. Il y avait certainement deux foyers septiques, un en relation avec les vésicules séminales et un autre avec le rein droit. Pour l'auteur, l'infection rénale était secondaire, due principalement à l'obstruction uréthrale, résultant de l'exsudat inflammatoire périuréthral qui, avant d'envahir la partie inférieure de l'urèthre, avait causé une péricystite étendue. Puis il y eut probablement les conditions requises à une infection ascendante directe à partir de la vessie.

L'auteur décide une vésiculotomie séminale avec excision étendue aux tissus rétro-prostatiques de manière à établir un drainage aussi large que possible. A la suite de cette intervention, le résultat fut des plus satisfaisants. La complication rénale disparut d'elle-même après quelques semaines en même temps que toute trace d'infection. La capacité vésicale se releva à 5 onces. Couché il pouvait garder ses urines, alors qu'en bougeant il y avait toujours de l'incontinence, séquelle de la prostatectomie.

2. *Observation de Dominici.*

Péricystite consécutive à une spermatocystite chez un prostatique :

Homme de 47 ans admis en vue d'une prostatectomie. Deux mois auparavant, au cours d'une période de rétention, on pratique une cystostomie sus-pubienne et on établit une fistule sus-pubienne.

Au premier examen, la vessie est contractée, l'urine s'échappait par la voie sus-pubienne et était fétide. Première blennorragie contractée vingt-cinq ans auparavant. Depuis un écoulement uréthral était la caractéristique de ce cas. L'interrogatoire du malade permit d'établir un état altéré des vésicules séminales. Depuis un grand nombre d'années, les mictions fréquentes et les envies impérieuses d'uriner étaient présentes. Il s'était produit à plusieurs reprises de la rétention nécessitant l'introduction d'une sonde qui, autant qu'on pouvait le savoir, évacuait une faible quantité d'urine.

Le toucher rectal révèle que l'espace rétro-prostatique était rempli d'un exsudat inflammatoire comprenant les deux vésicules

séminales et s'étendant jusqu'à la capsule prostatique. Aucun rétrécissement.

L'auteur admit que les symptômes vésicaux étaient dus à une péricystite : on pratique une vésiculotomie séminale associée à une dissection périphérique, de manière à pouvoir drainer tout l'espace rétro-prostatique aussi complètement que possible. Après cette intervention on laissa la fistule sus-pubienne se reformer. La fermeture spontanée se fit au bout de trois semaines alors que les mictions par la voie naturelle se rétablirent. Un an après l'intervention, le malade écrit qu'il est en meilleure santé qu'avant sa blennorragie. Il conserve les urines pendant un temps normal et les évacue sans aucun malaise. Fonctions sexuelles normales.

3. *Observation de Gayet.*

Hypertrophie prostatique, abcès rétrovésical avec poussée vers le rectum et le périnée.

Homme de 67 ans, admis le 10 décembre 1923 pour rétention d'urine. Le début de l'affection remonte à environ trois semaines, d'abord par des mictions fréquentes. Crise de rétention, il y a quinze jours, nécessitant un sondage. A l'examen pas de douleur à la palpation de l'abdomen au toucher rectal, grosse prostate de consistance œdémateuse, le malade urine peu. A la sonde faible quantité. Urée sanguine 0,70. Constante 0,28. Température 38-39°. On pense à une infection rénale, les urines étant très troubles.

Le 14 décembre : cystostomie sous anesthésie locale, la température n'est pas modifiée.

Le 24 décembre, fièvre persistante, signes d'obstruction intestinale, gros ballonnement du ventre. A l'aide de la sonde rectale on est arrivé à provoquer une expulsion de gaz et de matières presque journalière. Mais bien vite le ballonnement revient. Pendant dix jours on lutte contre cette obstruction dont la cause ne se précise, enfin, que le 29 décembre. Ce jour-là, au toucher, on trouve, au niveau de la corne latérale droite de la prostate ou plutôt un peu au-dessus, une grosse tuméfaction du volume du poing, dure, irrégulière, refoulant le rectum et le contournant en croissant. Il s'agit d'une collection qui tend à percer en arrière et vers le périnée.

On pratique immédiatement l'incision de la prostatectomie périnéale. Dès qu'on incise le muscle recto-uréthral on ouvre une poche de pus bien lié, grisâtre, cette poche communique par un trajet en bouton de chemise avec la poche rétro et sus-prostatique que l'on ouvre à la sonde cannelée puis au dilatateur gouttière. On explore cette poche avec l'index droit, l'index gauche étant dans la vessie par l'orifice de la cystostomie. On trouve que les deux doigts ne sont séparés que par la paroi postéro-latérale de la vessie. On explore ensuite avec un doigt dans le rectum, on reconnaît la présence d'un orifice circulaire haut situé, faisant communiquer le rectum avec le foyer. Drain et mèche.

Malgré cette incision, la température ne diminue pas, et le malade succombe quarante-huit heures après sa septicémie.

Autopsie : aucun épanchement dans le péritoine, mais le Douglas est en quelque sorte supprimé, refoulé par une collection sous-jacente. On peut noter sur la paroi latérale et postérieure droite de la vessie une poche d'abcès, d'ailleurs vide où pénètrent les drains. On reconnaît la communication avec le rectum. On ouvre la vessie dont la paroi est criblée comme une éponge de pus d'abcès intra-musculaires. Un stylet passe d'un de ces abcès par un trajet sous-muqueux jusque dans le lobe droit de la prostate qui, lui-même, est occupé par un abcès du volume d'un œuf de pigeon. Le lobe gauche hypertrophié présente simplement un foyer congestif violacé en son centre. A la pression, on fait sourdre sur la tranche de section des vermiotes de pus.

Les uretères ne sont pas dilatés, le rein gauche est à peu près sain, sauf une légère plaque de néphrite ancienne. Le rein droit est plus congestionné et présente de la néphrite rayonnante, rien aux autres organes.

III. Péricystites chirurgicales post-opératoires.

C'est incontestablement après les interventions pratiquées soit pour parer aux dangers immédiats d'une rétention aiguë, c'est-à-dire suivant les lieux où l'on se trouve la ponction de la vessie ou la cystostomie, soit à la suite de la prostatectomie

elle-même, que l'on rencontre le plus souvent les complications périvésicales. Nous envisagerons successivement ces trois facteurs étiologiques.

a) La ponction de la vessie.

Legueu a dit : « La ponction hypogastrique, appliquée aux rétentions aiguës, ne constitue jamais qu'une méthode d'attente, mais elle permet sans danger d'attendre le retour de la perméabilité uréthrale ou la préparation d'une opération plus complexe. Elle peut être utile dans tous les cas, elle n'est absolument indiquée que chez les prostatiques infectés et atteints de fausse route. » Mais Poncet et Landet ne partagent pas ce point de vue. Pour eux la ponction est loin d'être toujours inoffensive, surtout chez les vieux urinaires. Mais ici deux cas peuvent se présenter. L'infection sera due à une ponction défectueuse par suite d'un manque d'aseptie ou d'une méconnaissance de l'anatomie de la région en question.

Mais, plus souvent, c'est après une ponction bien conduite que surviendront les complications. Après rasage, savonnage et antiseptie de la région prépubienne et suspubienne sur une certaine étendue on introduit l'aiguille stérilisée immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne : la vessie une fois vidée, on retire brusquement le trocart après avoir laissé pénétrer de l'air dans le récipient. Puis on obstrue l'orifice d'entrée de la ponction. Chez les prostatiques anciens, les accidents antérieurs ont modifié les conditions anatomiques du péritoine prévésical et l'on s'expose à toucher le cul-de-sac péritonéal, malgré toute la prudence dont l'opérateur peut faire preuve.

Le mécanisme de l'infection est le suivant : ou bien l'aiguille ramène au cours de sa sortie les germes intravésicaux dans le tissu cellulaire préombilico-vésical. Mais, plus souvent, la rétention persiste après la ponction, l'urine s'accumule dans la vessie, la distend, réouvre l'orifice et filtre dans le tissu cellulaire avoisinant. On peut remédier dans une certaine mesure à cet inconvénient par la ponction drainage.

1. *Observation de Legueu.*

Henri D..., 76 ans, entre à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Saint-Sauveur, le 17 septembre 1904, pour rétention d'urine. Depuis un certain temps le malade urine difficilement. Il est obligé de pousser fortement au début de la miction. Les envies d'uriner sont fréquentes, surtout la nuit. Il y a diminution considérable du jet, il lui arrive souvent d'uriner goutte à goutte. Dans ces derniers temps, son état s'est aggravé, il a dû se faire sonder à plusieurs reprises par un médecin. La veille de son entrée à l'hôpital, le malade a présenté une crise de rétention aiguë pour laquelle on a dû faire une ponction hypogastrique. Le malade entre à l'hôpital le lendemain. On constate à ce moment que la vessie pleine d'urine forme un globe remontant jusqu'à l'ombilic. Le malade éprouve un violent besoin d'uriner qu'il ne peut satisfaire. Le toucher rectal dénote une prostate hypertrophiée régulière, pas d'indurations ni de bosselures. En face de cette rétention on procède au sondage. On introduit une sonde béquillée n° 14, qui passe sans difficulté. On retire un litre d'urine légèrement trouble, mais sans dépôt. On fait un lavage de la vessie à l'eau boriquée et on laisse la sonde à demeure pendant cinq jours consécutifs. Le malade se plaint de douleurs dans le ventre peu vives, qui n'attirent pas l'attention. Ces douleurs peu vives persistent pendant tout le séjour du patient à l'hôpital, mais sans vomissement ni hocquet. Cependant, il y a de la diarrhée abondante pendant les quelques jours qui précèdent la mort. Aucune élévation de la température qui reste plutôt basse, oscillant entre 36°6 et 36°8.

Tous les matins on nettoie la sonde et on pratique le lavage de la vessie. Les urines sont un peu troubles, mais sans dépôt. Le 22 septembre, on retire la sonde à demeure, après lavage de la vessie et de l'urèthre postérieur. Le soir température de 38°4, sonde à 5 heures du soir. Le 23 au matin, température de 37°9. On retire après sondage 100 gr. d'une urine très purulente. Lavage de la vessie comme d'habitude, on laisse la sonde à demeure. Le soir l'anurie persiste, depuis le matin on n'a recueilli que 50 gr. d'urine colorée par le sang. Le malade est omnubilé, pouls faible avec intermittences. Le 24 au matin, l'anurie persiste, le malade a émis depuis la

veille 100 gr. d'urine toujours sanglante. Le pouls ne s'est pas relevé. La palpation du ventre est un peu douloureuse, ni ballonnement, ni vomissement. En présence de cette anurie on injecte à 10 heures du matin 400 gr. de sérum artificiel et 0 gr. 30 de caféine. A 4 heures du soir pouls toujours aussi faible. Le malade répond difficilement. La sécrétion urinaire ne se rétablit pas. L'état général s'aggrave et le malade succombe le 25 septembre au soir, huit jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie : à l'ouverture du péritoine, présence de 5 à 600 gr. d'un liquide louche, d'odeur fétide. L'intestin est recouvert de fausses membranes. On procède à l'enlèvement de l'appareil urinaire. Au cours de cette dissection on s'aperçoit que le péritoine prévésical descend très bas sur la face antérieure de la vessie et y adhère fortement. On note à ce niveau un point ecchymotique d'aspect étoilé. Ce point correspond à l'endroit où a été perforée la vessie au moment de la ponction hypogastrique. La superposition des deux points apparaît surtout bien après dissection du péritoine prévésical. Dans le rein droit petits foyers purulents, pas de dilatation des uretères. La prostate est grosse et régulière.

2. *Observation du Dr Cathelin.*

Péricystite suppurée à forme antérieure, résultant d'une ponction sus-pubienne infectante : l'infection venant directement du dehors, de la région des poils, soit à la suite du retrait du trocart qui s'est infecté dans la vessie.

Curé breton de 67 ans, M. G... est soigné pour des phénomènes prostatiques de rétention, par les docteurs Le Maur, Poulinguen, Moreau, chirurgien de Brest. A la suite de deux ponctions pubiennes faites, une le matin suivie d'un peu d'urine, et l'autre à 11 heures blanche, le malade fait des phénomènes fébriles avec douleur du bas-ventre, qui fait envoyer le malade à Paris chez les frères Saint-Jean de Dieu où je suis appelé à le voir pour pratiquer la prostatectomie. Je trouve, en effet, trois semaines après ces deux ponctions, une grosse prostate, mais en outre une tuméfaction pelvienne avec ventre ballonné sans grande élévation thermique et avec un état

général encore bon, puisque ce brave homme put faire le voyage de Paris à Brest.

Je retarde la prostatectomie et j'ordonne, en attendant, des compresses humides chaudes en permanence sur le bas-ventre. Pendant ce temps le malade donnait normalement avec résidu, mais sans grosse rétention, des urines troubles non ammoniacales. Je crains un hématome suppuré ou une néoplasie péritonéale. Après plusieurs jours, l'état local ne s'amendant pas, au contraire, je prie M. Bazy de voir le malade avec moi et, après examen de ces véritables masses dures et noueuses donnant l'impression d'un croissant sus-pubien à concavité supérieure avec deux cornes latérales remontant le long des deux côlons verticaux, nous faisons tous deux le diagnostic de cancer abdominal à évolution rapide avec abstention. Il n'y a toujours pas de fièvre le matin, mais le soir la température monte à 38°. Nous continuons les compresses humides sans résultat. L'état général reste le même, les mictions sont normales, mais les tuméfactions sus-pubiennes, surtout dans les deux fosses iliaques, augmentent rapidement en même temps que le ventre se ballonne jusqu'à l'épigastre. Plusieurs jours après, nous voyons le malade avec M. Bazy et étant donnée la dureté ligneuse des tuméfactions, véritables boules abdominales, nous maintenons tous deux le diagnostic de cancer péritonéal. Toutefois, le lendemain de cette nouvelle consultation, conservant des doutes sur l'exactitude de notre diagnostic, je me décide, sur l'avis de M. Bazy, à faire une ponction capillaire de ces tumeurs. Une première ne donne rien, mais une autre faite avec une aiguille plus grosse, sans ramener de pus, laisse sourdre un liquide verdâtre et épais entre elle et l'orifice de la ponction. Je fais porter alors le malade dans la salle d'opération ou je l'opère immédiatement au point le plus déclive. L'incision permet de recueillir plusieurs litres d'un pus verdâtre absolument nauséabond. En pressant sur la fosse iliaque gauche, le pus sortait abondamment par l'incision faite au niveau de la fosse iliaque droite. Le ventre dégonfla aussitôt comme par enchantement, les tumeurs disparurent et le malade guérit sans incision et sans contre-incision, en une quinzaine de jours.

3. *Observation de Brin.*

Homme de 60 ans, prostatique depuis plusieurs années, est pris subitement de rétention d'urine pour laquelle plusieurs médecins essayent en vain le cathétérisme. On pratique alors la ponction vésicale deux fois de suite à 15 heures d'intervalle. La vessie de nouveau pleine, on réussit avec le mandrin à passer une sonde que l'on laisse à demeure, urines fétides. Depuis plusieurs heures déjà le malade a une forte fièvre et a éprouvé plusieurs frissons. Pendant plusieurs jours on laisse la sonde à demeure et les phénomènes généraux s'amendent vite, les urines deviennent claires et sans odeur. Le malade se plaint simplement de la région sus-pubienne où ont été pratiquées les deux ponctions. Dans les premiers jours on constate de la défense de cette région sans empâtement. Sous linfluence de pansements humides chauds, la douleur disparaît, la paroi devient dépressible et, au bout de dix jours, dans le but de pratiquer la prostatectomie, on ouvre la région sus-pubienne, et derrière les muscles droits et la symphyse, on tombe sur un abcès étalé devant la face antérieure de la vessie, abcès gros comme une pomme, bien limité. On l'ouvre et on tamponne huit jours plus tard, la cavité ayant tendance à bourgeonner et paraissant désinfectée. On ouvre la vessie et on enlève la prostate. Le malade a guéri sans incident.

Notons que, dans le cas présent, il est difficile de dire si ce sont les instruments employés ou la filtration de l'urine septique au niveau de la piqûre qui ont déterminé la péricystite. Quoi qu'il en soit, la ponction est actuellement délaissée et remplacée par la cystostomie, car les risques sont moins grands et elle permet la désinfection de la vessie.

b) *La cystostomie.*

La cystostomie ou ouverture de la vessie est pratiquée couramment aujourd'hui. Elle est indiquée soit dans les cas de rétention aiguë, soit comme premier temps de la prostatectomie, lorsqu'on a affaire à des malades infectés ou dont l'état général est déficient.

L'opération comprend plusieurs temps :

1. La mise en saillie de la vessie par remplissage au moyen d'une solution quelconque.

2. Incision de la paroi abdominale de 2 à 4 centimètres. A 3 centimètres au-dessous du pubis, afin qu'au moment ou on pratiquera la prostatectomie on puisse débrider la vessie par en bas.

3. Mise à découvert de la vessie, l'aide maintient les lèvres de la plaie écartées, l'opérateur doit éviter le cul-de-sac péritonéal.

4. Fixation de la vessie.

5. Ouverture de la vessie : c'est ici que se place le temps le plus important pour éviter la péricystite. Il est nécessaire de maintenir la paroi vésicale bien accolée à la paroi abdominale, de sorte que le liquide vésical ne se répande dans le tissu cellulaire périvésical.

6. Mise en place de la sonde de Pezzer qui sera facilitée par l'introduction dans l'orifice créé par le bistouri d'un petit écarteur à trois branches qui constituera un canal par lequel est glissé le tube ou la sonde.

Il est bon avant cette mise en place de faire une exploration de la vessie à l'index, de façon à éviter tout imprévu, en particulier le glissement de ses différents plans.

Puis c'est la fixation de la vessie aux muscles de l'abdomen, au moyen de deux fils qui ont servi à l'attirer. Si la plaie des muscles abdominaux et de la peau est très longue, on la rétrécira par des points de catgut et des points de florence. Le tube ou la sonde de Pezzer sera fixé à la peau par un point de suture.

Dans cette technique de l'opération de la cystostomie, nous avons deux grandes causes de péricystite.

D'abord la suture défectueuse de la vessie à la paroi abdominale ou la non-fixation qui aura pour résultat de laisser un espace libre, ouvert à l'infection soit par l'arrivée des germes du milieu ambiant, soit par l'entretien de l'orifice vital jusqu'à ce qu'on juge possible l'ablation de la prostate. Les ger-

mes apportés s'insinuent dans le tissu cellulaire qui entoure la vessie, l'inflammation s'amorce et nous assisterons à des phénomènes en rapport avec la nature, la virulence du germe et le terrain sur lequel il va se développer.

De même l'introduction de la sonde de Pezzer dans la boutonnière vésicale, va traumatiser la paroi vésicale et peut provoquer un petit décollement du tissu cellulaire périvésical qui sera à l'origine de l'infection. De plus, si la portion coudée de la dite sonde n'est pas adaptée à la longueur du trajet pariétal et si elle est trop longue, le pavillon de la sonde frotte au milieu de la vessie, provoque des douleurs et n'obture pas l'orifice profond du trajet, il s'ensuit une continence de l'urine qui suinte entre la sonde et le trajet.

Mais il est un autre mécanisme moins fréquent, moins connu, intéressant à noter cependant. En effet, nous avons affaire à des opérés anciens chez lesquels il ne subsiste plus qu'une fistule petite, fonctionnant bien, sans décollement à son pourtour, avec un trajet unissant étroitement les plans pariétaux avec la vessie elle-même. De plus, ce sont des malades qu'on ne sonde plus depuis la cystostomie et, par conséquent, l'idée de fausse route ou d'ulcérations produites par la sonde est à rejeter. Ce sont des abcès à évolution lente, sournoise qui apparaissent à un moment donné autour de l'orifice de la cystostomie ou même à distance : fosse iliaque garnie des muscles droits, petit bassin, périnée. Pour expliquer ces faits, plusieurs théories sont possibles :

1. Il se serait créé un petit foyer prostatique limité siégeant loin de l'exploration digitale, du côté de la base de la prostate, sous le plancher vésical et qui, ouvert dans le tissu sous-vésical, aurait été le point de départ de la suppuration, elle envahit peu à peu l'atmosphère périvésicale. Cependant, l'importance des suppurations, leur extension et leur récidive ne cadre guère avec un petit abcès abbérant qui ne pourrait produire et entretenir tous ces désordres.

2. L'hypothèse d'abcès inclus dans les parois même de la vessie qui s'ouvrent dans le péricyste. Cela se trouvant chez

de vieux urinaires dont les parois vésicales sont depuis longtemps enflammées, épaisses. Les abcès intrapariétaux peuvent rester longtemps dans l'épaisseur des tuniques vésicales sans les franchir. Lorsqu'ils s'ouvrent dans l'atmosphère périvésicale, la péricystite suppurée leur succède et le pus n'étant plus bridé par les tuniques de la vessie, gagne les espaces décollables autour d'elle et produit les fusées purulentes. Il est à noter que la clinique ne permet pas de soupçonner l'existence de ces abcès.

3. L'existence de lymphangites septiques, périvésicales et périprostatiques qu'avant leur cystostomie ont présenté des crises de rétention multiples, des sondages qui ont infecté depuis longtemps la muqueuse de la vessie de l'urèthre profond. La cystostomie, qui sauve les malades des gros accidents infectieux généraux, ne les met pas à l'abri des infections locales qui peuvent encore partir de la vessie ou de l'urèthre prostatique. Mais l'infection de ces voies se propage loin du lieu d'origine et produit des abcès à distance, des fusées lointaines, des récidives. C'est là, parmi les trois hypothèses précitées, celle qui entre en jeu le plus souvent.

Les observations des péricystites survenant à la suite de cystostomies sont assez fréquentes, en voici quelques exemples :

1. *Observation de Dominici.*

Homme de 62 ans, opéré le 10 mars 1927 de cystostomie suspubienne, en vue d'une prostatectomie pour adénome ultérieur en un deuxième temps. Ce malade avait une vessie infectée et distendue. Les suites furent normales. Son état cardiaque n'étant pas satisfaisant, la prostatectomie ne fut pas pratiquée. Il revient le 12 novembre. Etat général déficient et se plaint de douleurs dans l'hypogastre. Il présente une tuméfaction dans l'aine gauche. A l'examen, les urines qui s'écoulent par la fistule hypogastrique sont purulentes et le tube de drainage est incrusté de sels.

La tuméfaction est un peu chaude, à peine douloureuse, fluctuente par endroits. Le malade prétend qu'elle se serait formée en dix jours.

Le 13 novembre 1929, sous rachianesthésie, on fait une incision perpendiculaire à l'arcade qui donne issue à une grande quantité d'un pus fétide. Comme il existait une fusée purulente dans le canal inguinal on pratique une contre-ouverture à cet endroit. Pansement au Dakin, un mois après guérison. Cependant, du côté opposé, reprise des mêmes phénomènes. Les symptômes étant peu marqués et peu alarmants, on attend, et le quatrième jour ouverture spontanée par la fistule hypogastrique.

2. *Observation de Gayet.*

Hypertrophie prostatique, cystostomie. Abcès prostatique et rétro-vésical, périnéotomie.

Homme de 64 ans, entre le 28 décembre 1932 pour accidents dysuriques. Le début de l'affection actuelle se place deux ou trois mois avant par pollyurie et pollakyurie. Il y a un mois, crise aiguë de rétention avec incontinence par regorgement. Le malade n'a pas été sondé. A l'entrée, vessie à l'ombilic. Le toucher rectal montre une très grosse prostate de consistance œdémateuse, température 39°. Quelques râles de congestion aux bases, souffle systolique au cœur, urée 1 gr. 13.

Le 29 décembre on pratique la cystostomie sous anesthésie locale. Depuis, la température oscille entre 38 et 39° pendant une huitaine de jours puis descend en maintenant des oscillations entre 37° 4 et 38° 5.

Vers le 15 janvier, reprise des grandes oscillations. Le toucher rectal montre une tumeur un peu dure, au niveau de la prostate, siégeant plutôt du côté gauche. La pression à son niveau est très douloureuse. On pratique une périnéotomie transversale sous anesthésie par injection épidurale de novocaïne à 5%. Le décollement du rectum est très difficile en raison d'adhérences, on l'ouvre à la sonde cannelée et on voit s'écouler du pus, le dilatateur écarte l'orifice et on évacue un grand verre de pus, qui contient du colibacille à l'état de pureté. Le doigt introduit dans la poche a peine à arriver au fond tout à fait en arrière de la vessie. La prostate semble avoir fondu. La température remonte le soir à 40° 8, mais redescend rapidement à la normale et le malade guérit.

c) *La prostatectomie.*

Opération à la fois prophylactique et curative de l'adénome et de ses complications se pratique soit en deux temps avec cystostomie préalable, soit en un seul temps lorsque l'état général du malade le permet. A la suite des prostatectomies suspubiennes (la prostatectomie par voie périnéale n'étant plus guère pratiquée) on a observé des faits d'infiltration hypogastrique et des cellulites pelviennes analogues à celles précédemment décrites au cours de la cystostomie. Les infiltrations hypogastriques rétropubiennes ont un mécanisme et une symptomatologie semblable. L'urine infectée stagne dans le clapier rétropubien, décolle le pourtour de la plaie vésicale, nécrose le tissu cellulaire autour d'elle ; on a signalé des cas où l'os se dénude de son périoste et devient le siège d'une véritable ostéite.

Les dangers sont ici plus grands que dans le cas de cystostomie simple, car l'ouverture faite à la vessie doit être plus étendue et on est obligé parfois de se livrer à des manœuvres traumatisantes en face de certaines prostates grosses et dures à extraire. Il faudra donc faire attention aux décollements excessifs de l'espace périvésical avant l'ouverture de la vessie. Il faudra limiter le décollement au minimum, c'est-à-dire inciser droit à la vessie, sans disséquer presque par ponction comme dit Freyer.

Parfois, il arrive que l'inflammation de la prostate restante fasse suite à la prostatectomie transvésicale. Gauthier en a signalé trois cas et attribue cela à la stagnation de l'urine purulente dans la loge d'énucléation propre à la prostatectomie haute. De fait, la prostatite restante ne s'observe pas à la suite de l'opération périnéale dont le drainage est idéal.

Nous noterons quelques observations de péricystites faisant suite à la prostatectomie, parmi lesquelles la première a été observée récemment à l'hôpital du Tondu.

1. *Observation due à l'obligeance de Monsieur le professeur Duvergey.*

Homme, 60 ans, prostatique, rentre dans le service pour des accidents infectieux graves consécutifs à une cystostomie faite hors Bordeaux, pour rétention marquée. La cystostomie a été pratiquée le 8 mars 1927, huit jours après la fièvre s'allume à 39° le soir, 38° le matin.

Le malade rentre à la clinique le 25 mars 1927, envoyé par son médecin, avec fièvre, suppuration abondante de la plaie de la cystostomie. Une sonde de Pezzer est dans la vessie. Je constate que le pus provient des deux côtés de la vessie. Une pince courbe passe des deux côtés de la vessie.

Le 29 mars 1927, sous anesthésie au kélène, deux pinces courbes sont introduites sur les parois latérales de la vessie et bombent au périnée. Incision périnéale latérale double. Passage de deux drains périvésicaux. Suspension de la vessie au niveau des deux tranches de la plaie de cystostomie à la paroi aponévrotique.

L'état s'améliore très rapidement. La température disparaît. Les drains sont retirés progressivement par le périnée pour être supprimés fin avril.

Deux mois après prostatectomie sans incident.

2. *Observation prise dans le service du professeur Duvergey.*

Malade de 58 ans, toréador.

Entre le 22 octobre 1941 dans le service d'urologie, translaté de l'hôpital de Dax avec une cystostomie. Début des troubles prostatiques il y a deux ans environ. Plusieurs périodes de rétention aiguë qui nécessitent le sondage. Le toucher rectal montre une prostate sensiblement normale. Cystostomie faite le 11 août 1941. Peu de temps après cette intervention, le malade commence à faire une température élevée, et il se constitue petit à petit un abcès périnéal pris pour un abcès de la marge de l'anus, et incisé sur la paroi latérale gauche du rectum. La température baisse, l'état général s'améliore et c'est dans ces conditions qu'il est translaté dans le service avec, d'une part, une cystostomie et, d'autre part,

une fistule périnéale par laquelle s'écoule un pus abondant très fétide.

Le 29 octobre 1942, second temps, mais aucun adénome n'est énucléé et on pratique une dilacération du col au doigt. Les suites opératoires sont simples, mais la fistule périnéale continue à couler, et d'une façon plus abondante. A l'exploration, on introduit une sonde qui s'enfonce sur 7 à 8 cm. de profondeur au niveau de la face latérale gauche de la vessie. On pratique une exploration de la fistule au lipiodol. Introduction d'une sonde dans le trajet fistuleux et injection de lipiodol qui nous montre l'existence d'une péricystite disséquante de toute la face inférieure de la vessie avec deux prolongements sur les faces latérales. La fusée purulente latérale gauche est assez bien drainée par la fistule, mais du côté opposé, au contraire, il se produit une stagnation de liquide purulent importante. La péricystite de la face supérieure contourne le bas-fond vésical et le lipiodol donne une image en croissant à concavité supérieure. Dans ces conditions on porte le diagnostic de péricystite et on intervient chirurgicalement le 7 janvier 1942. Exploration du trajet fistuleux à gauche avec un béniqué, et incision abdominale antérieure paravésicale par laquelle on trouve le béniqué introduit par voie périnéale et mise en place d'un drain transfixiant du côté droit. Même intervention avec incision périnéale latérale et, au cours de la transfixion, on évacue une collection purulente importante.

Les deux drains donnent un pus abondant et très fétide. Mise en place d'un goute-à-goutte continue au Dakin. Tous les jours on diminue un peu la longueur du drain, la plaie abdominale se ferme et, au bout d'un mois, l'incision périnéale droite est complètement fermée. Du côté gauche, il persiste une petite fistule avec un écoulement peu abondant. Dans ces conditions le malade part le 14 mars 1942, urinant avec facilité et avec des urines très troubles.

Le malade est hospitalisé à nouveau le 9 avril avec une nouvelle poussée de péricystite, l'écoulement purulent a repris très important par sa fistule gauche. Sa plaie hypogastrique de prostatectomie s'est réouverte en partie. Nouvelle intervention le 20 mai : incision très importante sur la face latérale gauche du rectum. Extirpation

du trajet fistuleux qui conduit de proche en proche vers une poche volumineuse siégeant à la face latérale gauche de la vessie.

Curetage de cette poche. Drain et mèche.

3. *Observation due à l'obligeance de Monsieur le professeur Duvergey.*

Un cas de péricystite suppurée consécutive à la prostatectomie.

S... Firmin, âgé de 60 ans, entre salle C, lit 6, dans le service de clinique des voies urinaires le 15 avril 1924 pour un adénome prostatique évoluant depuis plusieurs années, mais s'accompagnant dans ces derniers mois de pollakyurie nocturne plus accusée. Il ne s'est pas sondé régulièrement, pas de fièvre, urines claires. Au toucher rectal prostate régulière molle et volumineuse. Il existe un résidu vésical de 50 cm^3 clair. Azotémie à 0 gr. 25. Le malade est maigre.

Dans ces conditions sous rachianesthésie, le 16 avril je procède comme d'habitude à la prostatectomie sus-pubienne en un temps et j'enlève très facilement un adénome un peu mou, banal, du volume d'une grosse mandarine. Drainage de la vessie avec le gros tube primaire de Marion. Suites opératoires normales. Quatre jours après remplacement du gros drain par un drain secondaire.

Huit jours après l'intervention, la température vespérale apparaît, elle augmente progressivement à 39° tous les soirs. Le pouls est rapide, le malade fatigué maigrit et prend la teinte d'un infecté. Nous recherchons la cause de ces désordres. Tous les organes sont indemnes, il existe un clapier en avant et à gauche de la vessie. En pesant sur un point douloureux, on fait sourdre un pus épais et crémeux. Cette cavité est drainée par la plaie sus-pubienne et lavée. Les jours suivants, l'état s'aggrave, tous les soirs 39°, pouls à 120. Mauvais état général. La collection vésicale se draine très mal, bien qu'il s'écoule un pus jaunâtre, assez abondant, dans le pansement. Une sonde intra-uréthrale est placée dans la vessie et fonctionne normalement. Le 5 mai 1924 l'exploration avec une pince courbe par la plaie hypogastrique me montre que tout l'espace périvésical est décollé. L'ouverture vésicale est profonde, séparée de la paroi par des espaces décollés.

En conséquence, le 7 mai 1924, sous anesthésie au kélène, la

plaie sus-pubienne est agrandie. Deux pinces courbes Richelet sont introduites de chaque côté de la vessie et poussées à fond vers le périnée. Elles s'introduisent spontanément et viennent pointer en dedans des branches ischio-pubiennes. A ce niveau deux incisions, qui leur sont parallèles, sont tracées et vont à la rencontre des deux pinces qui sont près de la peau. Drainage bilatéral, périvésical, avec deux gros drains. Lavage au dakin.

Les jours suivants amélioration de l'état général. La fièvre disparaît. La sonde uréthrale fonctionne, mais il s'écoule de l'urine par les drains périnéaux en assez grande abondance. De même les eaux de lavage vésical passent en grande partie par le périnée, débordant au travers de l'orifice vésical dans l'espace périnéal et ressortant en bas par le drain.

La surveillance de la sonde intra vésicale placée dans l'urèthre est exercée à tous instants de façon à permettre le goutte à goutte rigoureux. Ainsi on arrive à drainer parfaitement la vessie et à éviter le passage de l'urine par le périnée. Au bout de huit jours les drains sont retirés progressivement par le périnée puis supprimés. Les plaies périnéales se referment avec une grande rapidité de même que la plaie hypogastrique. La guérison définitive est obtenue et le malade sort définitivement guéri le 19 juillet 1924.

3. *Observation Dominici.*

Péricystite post-opératoire après prostatectomie.

Homme de 60 ans, ayant subi deux jours auparavant une prostatectomie supra-pubienne sous éther, il évacua très peu d'urine, était considérablemens distendu et présentait du hoquet. Sa température au-dessus de la normale, pouls à 120. A l'examen, la peau de sa paroi abdominale antérieure était légèrement enflammée et œdématiée. L'auteur enleva les points de suture, plaça un gros drain sus-pubien et draina une petite zone infectée entre la vessie et la paroi abdominale. L'opéré fut soumis aux tonicardiaques et aux infections sous-cutanées de sérum physiologique. Dix jours après sa distension avait disparu. Ses intestins fonctionnaient et il urinait abondamment. La température était à 1 ou 2° au-dessus de

la normale, mais ceci fut attribué à l'infection de son incision supra-pubienne.

L'auteur le vit vingt-huit jours après. Sa température était aux environs de 37°2 pendant toute cette période, son pouls à 100. L'incision supra-pubienne toujours grisâtre et sphacélée. Il y avait une sécrétion profuse de pus d'une odeur fécale prononcée. L'exploration de la plaie indiqua que la vessie était décollée du tissu environnant, que de chaque côté il y avait une poche de pus s'étendant en bas vers le plancher pelvien tandis qu'à gauche le pus avait fusé jusqu'à la crête iliaque, presque jusqu'à la région du rein gauche. Toutes ces cavités étaient drainées par des drains ressortant par incision de la paroi abdominale.

Ce malade succomba environ quinze jours après. Pas d'autopsie.

4. *Observation Golstein et Abeshouse.*

Homme de 40 ans. Sept jours après son admission, prostatectomie sus-pubienne. Drain inséré dans vessie et espace de Retzius, enlevé trois jours après. Dix-sept jours après l'opération volumineux abcès de la cavité de Retzius, plus marqué à gauche de la ligne médiane. Abcès ouvert et drainé. Au dix-septième jour opératoire le malade pouvait uriner normalement par son urèthre. Trente jours après l'opération l'incision primitive est largement ouverte et on établit un drainage convenable. Le malade est évacué cinquante-sept jours après l'opération, la plaie abdominale est cicatrisée et il urine normalement par son urèthre. Dans ce cas l'infection résultait de l'épanchement de l'urine dans les tissus prévésicaux ou d'une inondation du champ opératoire par l'urine infectée au moment de l'opération.

5. *Observation Golstein et Abeshouse.*

Homme de 64 ans, prostatectomie sus-pubienne en un temps, dix-neuf jours après son admission à l'hôpital, période pendant laquelle il fut drainé par une sonde à demeure dans la vessie. Au moment de l'opération l'espace de Retzius avait été drainé par une mèche de gaze iodoformée. Sept jours après l'opération la plaie

présentait des signes de nécrose. La culture prélevée de la plaie révélait du colibacille. Cicatrisation retardée de la plaie sus-pubienne. On tente d'activer la fermeture de la plaie par les méthodes suivantes : curetage. Application à l'extérieur de chaleur sur la plaie et insertion d'une sonde à demeure dans la vessie pour tenir l'urine loin de la plaie. Le drainage urinaire de la plaie persiste pendant cinquante-cinq jours. Le malade est évacué avec sa plaie fermée.

Réadmis à l'hôpital trente-sept jours après son départ, se plaignant d'une douleur intense à la région sus-pubienne. Le mouvement le plus léger du bassin ou des jambes était extrêmement douloureux. Il existait une sensibilité marquée le long de la symphyse pubienne de la branche inférieure du pubis. Une radio prise à ce moment révéla de petites zones de destruction osseuse au-dessus du pubis à droite, tout contre la symphyse, suggérant une ostéite ou une ostéomyélite. La plaie sus-pubienne fut curetée à plusieurs reprises en pénétrant le plus profondément possible tandis que l'os était cureté. L'extrémité inférieure de l'incision fut réouverte et drainée. On utilisa des applications chaudes, la lumière et le massage. Diathermie employée quotidiennement pendant huit jours. Ces traitements furent continués pendant deux mois, les troubles disparurent et la plaie fut refermée. Le malade est guéri.

La source de l'infection paraissait provenir de l'urine infectée drainée de la vessie qui s'épanchait dans les tissus et provoquait un processus inflammatoire de l'espace de Retzius.

6. *Observation Golstein et Abeshouse.*

Homme de 83 ans admis au Sinaï-Hôpital, se plaignant d'une tuméfaction au-dessus de la région supra-pubienne, tuméfaction survenue quatre jours avant son admission. Associé à un fréquence des mictions et une brûlure intolérable à la miction.

Une prostatectomie sus-pubienne avait été pratiquée quatre ans avant son entrée. Au moment de sa première opération, la cicatrisation de la plaie sus-pubienne présente un retard considérable, avec persistance d'une fistule urinaire sus-pubienne.

Après son départ de l'hôpital il se plaignit pendant longtemps

troubles urinaires. A l'examen, au moment de son entrée, on constata les faits suivants :

1° Son urine contenait une grande quantité de pus.

2° Une masse indurée mesurant 5 × 8 cm. était présente à la région sus-pubienne. Masse très sensible, malade profondément intoxiqué.

On porta un diagnostic provisoire d'abcès suspubien résultant d'une extravasation d'urine. Celui-ci fut incisé et on établit un drainage de l'espace de Retzius. Cet abcès était localisé à la cavité de Retzius. Il n'y avait aucun cul-de-sac conduisant vers la vessie ou la prostate postérieurement.

7. *Observation Pasteau.*

Rapporte une observation d'infection grave, survenue dix jours après une prostatectomie des plus simples. D'où nécessité, dit-il, de ne procéder au deuxième temps, à moins d'indications absolues, qu'après avoir désinfecté le malade dans toute la mesure possible.

8. *Observation P. Delbet.*

Prostatectomie sus-pubienne : infection partie de la plaie envahit le tissu cellulaire prévésical à gauche et au-dessus de l'incision. Le malade présentait une fièvre vive, des signes généraux d'infection et localement une légère douleur à la palpation du grand droit. Un jour en faisant le pansement, on vit sourdre sous la lèvre gauche de la plaie pariétale, un flot de liquide séreux, noirâtre, très fétide. La cavité fut drainée, mais le malade n'en succomba pas moins à l'infection.

Dans un cas analogue, le drain de Freyer se déplaça dans la nuit qui suivit l'opération. Un assistant voulant le replacer le lendemain, refoula la vessie en arrière. Il en résulta un décollement qui fut bientôt le siège d'une suppuration abondante. Le malade guérit après longue convalescence.

Pathogénie

L'étude bactériologique des divers pus recueillis au cours de la suppuration ou de l'ouverture des abcès, montre que l'agent pathogène le plus fréquemment rencontré est le colibacille. Mais à côté on trouve du streptocoque, du staphylocoque, du gonocoque.

Lorsque nous avons affaire à une péricystite d'origine infectieuse, nous avons vu que la propagation peut s'effectuer de diverses manières :

1° De proche en proche par contiguïté;

2° Par voie lymphatique;

3° Par voie sanguine : localisation à la prostate, puis contiguïté.

Lorsqu'il s'agit d'une péricystite post-opératoire. L'inoculation directe s'accomplit par :

1° Absence ou suture défectueuse de la paroi;

2° A la suite de l'introduction de la sonde de Pezzer.

Nous nous reporterons au chapitre précédent pour interpréter les explications données à ces faits.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique découle souvent de l'étiologie. Lorsque la péricystite survient à la suite d'une cystite occasionnée par la présence de l'adénome, l'atmosphère celluleuse qui entoure la vessie est atteinte en premier lieu et ce n'est qu'après que le paracyste a été franchi que le péritoine est envahi. Si l'inflammation vésicale est aiguë, on peut avoir une péritonite aiguë généralisée. Mais lorsque l'infection vésicale est chronique, ce qui est le plus fréquent, c'est à une paracystite sclérolipomateuse avec parfois abcès secondaire que l'on a affaire. Puis ultérieurement peut se développer une voie de communication entre la vessie et les organes voisins.

Lorsque la péricystite est d'origine post-opératoire, il se produit une congestion, une infiltration interstitielle et l'on trouve des exsudats fibrineux, séreux ou purulents, puis on assiste à la généralisation du processus ou, au contraire, à un enkystement du pus dans le petit bassin. Parfois se forment des fistules vésico-pyoviscérales.

Enfin, même après guérison, il se forme souvent des adhérences larges ou serrées, vélamenteuses, exposant aux torsions ou aux occlusions par brides. D'après Verliac, la péricystite fibro-adipeuse est trois fois plus fréquente que la péricystite suppurée. Il ne relève aucun cas de perforation.

Classiquement on peut distinguer :

1° La forme œdémateuse ou séreuse qui se résorbe sans laisser de traces ou évolue vers les autres formes.

2° La forme fibro-lipomateuse ou scléro-adipeuse : celle que nous rencontrons le plus souvent chez les vieux prostatiques

chroniques. Cette forme est précédée d'un remaniement de la structure, de la disposition et des connexions du tissu vésical. Il y a de la sclérose avec amincissements localisés et épaississements partiels, formation de colonnes, de diverticules, de cellules qui deviennent de véritables poches purulentes et des nids à calculs. Enfin il y a formation du bas-fond. Puis le processus s'étend au paracyste avec prédominance de tissu adipeux ou fibreux. En cas d'intervention on ne trouve pas de plan de clivage, d'où risques d'infection surajoutée.

1. *Observation de Hallé.*

A l'autopsie il trouve une vessie à parois assez épaisses, avec des colonnes et des cellules multiples. Péricystite totale. Au sommet même de la vessie existe une masse de graisse sous-péritonéale volumineuse, grosse comme un œuf, englobant plusieurs petites cellules dont la paroi mince ne semble plus guère formée que par le péritoine épaissi. Les deux vésicules séminales sont englobées dans une grosse masse fibro-adipeuse qui se prolonge le long des uretères. Les canaux déférents qui traversent cette masse sont transformés en cordons durs, épais, crétacés, oblitérés.

3° La péricystite suppurée circonscrite : souvent à localisation rétro-prostatique avec petits abcès multiples disséminés dans le tissu périvésical. Parfois présence d'une péritonite localisée au cul-de-sac de Douglas. Les abcès peuvent s'enkyster en bouton de chemise, mais l'abcès peut avoir une tendance extensive et le pus se fait jour vers la vessie, le rectum, l'intestin, le vagin.

4° La péricystite phlegmoneuse diffuse : Il y a extension de l'infection en dehors de la gaine périvésicale vers le haut et vers le bas. La mort peut survenir avant toute suppuration. Entre l'infiltration d'urine, de la loge périnéale supérieure, le phlegmon diffus gangréneux et les péricystites suppurées à tendance extensive, il n'existe que des degrés de gravité.

5° Le phlegmon de la cavité de Retzius : qui survenait comme nous l'avons vu le plus souvent, après la ponction de la vessie, mais qui peut survenir aussi après la taille, les affections aiguës de la prostate propagées par ouverture d'abcès ou par voie lymphatique. C'est une inflammation aiguë ou subaiguë, qui occupe la région hypogastrique et la face antérieure de la vessie. Il siège dans le tissu cellulaire de l'espace de Retzius qui va de l'ombilic au plancher pelvien, limité latéralement en haut par les artères ombilicales qu'elle déborde légèrement, en bas par la gaine des branches de l'hypogastrique. Ce phlegmon extra-vésical présente diverses formes :

a) Le phlegmon total qui se divise :

1° Congestif : infiltration séro-leucocytaire du tissu cellulaire;

2° Forme suppurée sclérosante (Bouilly), masse de tissu scléreux développée autour d'abcès enkystés.

3° Forme scléro-adipeuse : due à l'extension d'une paracystite allantoïdienne.

4° Forme phlegmoneuse suppurée : tout le tissu cellulaire est infiltré de sérosité louche. Pus crémeux bien lié ou sanieux mélangé de gaz.

b) Le phlegmon diffus :

Coïncide souvent avec une perforation de l'urèthre ou de la vessie.

c) Le phlegmon partiel :

Infection localisée par suite de conditions anatomiques spéciales. On distingue les formes supérieures, moyennes, inférieures, latérales (phlegmon de Heurtaux).

SYMPTOMATOLOGIE

Il est à noter que la même clinique peut être due à des localisations et à une étiologie différente. Mais ici comme pour l'anatomie pathologique, il y a lieu de distinguer des formes variables.

1. *D'abord la forme latente de la péricystite.*

Elle se traduit par des signes généraux : température, malaise général, pas de localisation. Au toucher on trouve un exsudat dur, douloureux à la pression, qui double le bas-fond vésical. A la palpation épaississement des parois vésicales.

2. *La forme courante banale.*

Il s'agit d'un prostatique qui, le plus souvent, a présenté des troubles habituels chez ces malades : pollakyurie, dysurie, ténesme. L'urine est claire, trouble ou purulente s'il y a une cystite concomitante.

Ou bien le malade peut présenter de la rétention complète due à l'adénome.

La douleur siège soit au-dessus de la région abdominale inférieure ou profondément dans la cavité pelvienne. Elle est très variable en intensité, des fois elle est inexistante, elle peut siéger autour de l'anus où elle fait penser aux hémorroïdes. La température intermittente, légère, variée. Parfois frissons et signes d'infection plus ou moins grave. La douleur à la miction s'accentue, elle est due aux mouvements des organes voisins. Au toucher rectal : on trouve un adénome mou, infiltré, douloureux, noyé dans une masse œdémateuse, mal délimitée, chaude. Lorsque, après la cystostomie, il n'y

a pas d'amélioration du sujet, si l'état général périclite et si la température s'accentue, il faut toujours penser à la péricystite et intervenir tôt afin d'éviter une affection à marche extensive ou grave, telle que la gangrène vésicale, phlegmon urineux, perforation de la vessie, érosion des os voisins, péritonite, septicémie.

3. *La péricystite suraiguë diffuse* :

C'est une cellulite pelvienne qui survient le plus souvent chez un ancien prostatique qui présente depuis longtemps des troubles dysuriques.

Atteinte de l'état général : teint plombé, subictère, langue sèche, soif vive. Parfois il présente une sorte de torpeur analogue à l'urémique. La température est élevée, frissons, sueurs, pouls filiforme, rapide.

Etat nauséeux, le malade vomit, présente du hoquet. L'organisme est profondément infecté, le péritoine réagit.

La douleur est vive : épreintes périnéales et vésicales, ténesme rectal avec irradiations crurales. Suivant le siège de la péricystite on peut trouver de la rougeur, de l'œdème, de la tension douloureuse du périnée, de la crépitation gazeuse des fosses ischio-rectales. Au niveau de l'hypogastre le ventre est distendu, la peau livide, marbrée, tuméfaction chaude, empâtement limité.

En somme, trois grands symptômes :

altération de l'état général;
haute élévation de température;
infiltration profonde avec douleurs sous-ombilicales étendues aux deux côtés de l'abdomen.

Douleur spontanée à la pression des deux côtés, présence d'une tuméfaction sus-pubienne qui ne disparaît pas après le sondage de la vessie.

Au toucher rectal, induration, empâtement diffus, douloureux.

Mais à côté des péricystites proprement dites, nous devons faire une place spéciale au phlegmon de Retzius.

D'après Aversenq on distingue :

Une phase prémonitoire : signes abdominaux et généraux avec douleur hypogastrique, pesanteur abdominale, lourdeur rétropubienne. Puis anorexie et troubles digestifs.

Phase d'état avec tuméfaction visible du côté de l'hypogastre. Mais selon l'évolution trois formes essentielles :

a) *Phlegmon aigu* :

1° Suraigu : phénomènes généraux très marqués. Température à grandes oscillations, pouls rapide, subictère.

A l'examen : défense musculaire et crépitation gazeuse.

2. Aigu : nous nous reporterons à la description d'Aversenq.

a) Douleur hypogastrique : pus bridé, tension des parois abdominales, jambes fléchies sur l'abdomen pour relâcher la tension. Parfois douleurs sourdes augmentées par la marche. Douleur exagérée à la fin de la miction et à la palpation des régions sous-ombilicales et sus-pubiennes. Température variable.

b) Tuméfaction hypogastrique : apparaît du troisième au dixième jour de la maladie avec un empâtement diffus, plaque dure ou globe saillant.

Le sondage ne diminue pas la tuméfaction.

Au toucher rectal induration périvésicale.

c) Troubles intestinaux : inappétence, coliques avec constipation et diarrhée, pesanteur rectale et gêne de la défécation. Nausées, langue sèche. Parfois troubles associés avec phénomènes douloureux, occlusion intestinale, péritonite généralisée, constipation, crises dysentériformes, coliques très violentes. Incontinence rectale et vésicale.

d) Symptômes vésicaux : sont ici moins constants que dans les autres formes de péricystite : on trouve de la dysurie, de la rétention, de l'incontinence. Mais parfois aucune réaction vésicale.

3. Il y a des formes abortives, rémittentes, traumatiques.

b) *Phlegmon chronique* :

On trouve toutes les formes de transition entre le phlegmon aigu, subaigu et chronique.

En général, la douleur est sourde à l'hypogastre.

L'état général faiblit, sans température. Le malade se cachectise. Existence d'une masse faisant penser à une vessie distendue que le sondage ne modifie pas.

c) *Phlegmon ligneux.*

Evolution très lente, sa masse augmente sans fièvre, sans douleurs, sans phénomènes généraux. Ne suppure qu'au bout d'un temps très long. Puis progressivement apparaît une gêne à la miction, des brûlures, de la pollakyurie diurne et nocturne. Quelquefois rétention complète. Température peu élevée.

L'état général est faiblement atteint. Les signes fonctionnels urinaires augmentent, la tuméfaction s'étend puis régresse lentement après incision ou spontanément.

Durée longue, la guérison est de règle.

EVOLUTION DES PERICYSTITES

Dépend de la forme anatomo-pathologique et clinique de l'affection, du terrain sur lequel elle se développe, des germes pathogènes en cause. En ce qui concerne la forme fibro-adipeuse, forme des vieux prostatiques en général, l'évolution est très lente, les troubles persistent indéfiniment, la vessie ne retrouve plus sa capacité normale. Cependant on a constaté des rétrocessions et des atténuations après la prostatectomie.

Dans la péricystite suppurée chronique, avec formation de sclérose, d'adhérences qui gênent la fonction vésicale, le malade prend le masque d'un urinaire chronique.

Les péricystites aiguës circonscrites ont tendance à s'ouvrir dans la vessie ou vers l'extérieur. Dans le premier cas l'évacuation du pus aboutit souvent à la guérison. Mais lorsqu'il se crée une fistule, le sujet affaibli, ou peut avoir de l'infection des uretères, des reins, une infection généralisée aboutissant à la mort.

Les péricystites suppurées diffuses évoluent vers la septicémie. Le phlegmon ligneux de Retzius se résorbe, tandis que le phlegmon aigu ou subaigu peut s'ouvrir vers l'ombilic, les régions inguinales, l'intestin et se résorbe ou, au contraire, tue le malade après des troubles généraux graves. On a signalé l'extension aux reins avec pyélonéphrite. Les récidives sont rares, il s'agit plutôt d'affections mal éteintes qui se réveillent ou la production *in situ* d'un nouveau processus.

DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il faut envisager deux cas :

1. Il s'agit de malades atteints de lésions vésicales, qui présentent une cystite. Chaque fois que les phénomènes généraux, la fièvre, le malaise s'aggravent sans cause apparente, que la pyurie et la pollakyurie augmentent, l'idée de l'existence d'une atteinte périvésicale doit surgir à l'esprit. Cette idée sera confirmée par des troubles au niveau des organes voisins, en particulier du côté du rectum. Le toucher montrera un empâtement périvésical plus ou moins étendu. Si l'on pratique la cystoscopie, on voit une protrusion intra-vésicale qu'il ne faudra pas confondre avec une prostate intra-vésicale énorme, la capacité vésicale est diminuée. Coloration de la paroi rouge sombre, œdème bulleux, le pus sourd. Enfin l'existence d'une tumeur supra-pubienne douloureuse non modifiée par l'évacuation de la vessie est d'une très haute importance.

2. Si la péricystite apparaît chez un opéré ayant subi une ponction de la vessie, une cystostomie, une prostatectomie, le diagnostic sera facilité par la notion antérieure de l'acte opératoire, l'apparition de la douleur, des troubles généraux, l'existence d'une dysurie avec urines claires. La perforation vésicale d'origine prostatique siège en général au trigone ou immédiatement derrière celui-ci, comme en pareil cas le trigone est œdématié et surélevé, l'orifice reste introuvable ou difficilement décelable. Mais si, en même temps que le contrôle cystoscopique, on comprime la prostate par le toucher rectal, le pus derrière l'œdème tend à s'écouler dans la vessie. Sou-

vent on pense à cet état parce qu'après un massage prostatique, le liquide de remplissage dans la vessie est fortement troublé. La palpation rectale complète l'indication.

Le diagnostic différentiel se fera avec la prostatite aiguë dans le cas d'infection surajoutée de l'adénome. Les kystes de l'ouraque rares et la péritonite tuberculeuse. Mais surtout lorsqu'il s'agit d'une péricystite chronique, l'esprit est toujours guidé vers l'idée d'un néoplasme possible. Un malade a des urines troubles et sanglantes, la sensibilité vésicale est vive, la prostate est indurée, toute la vessie est épaissie. A-t-on affaire à une péricystite inflammatoire ou à un cancer ?

COMPLICATIONS

La péricystite, affection grave par les troubles morbides nombreux et variés qui en résultent, est redoutable par les complications qui peuvent en découler. Ces complications sont de deux sortes :

1. D'abord les complications locales : les moins graves et les plus fréquentes soit qu'il s'agisse d'inflammation des organes voisins, soit de perforations viscérales, péritonéales avec formation d'une fistule qui est la complication le plus souvent rencontrée au cours de la péricystite.

Les perforations de l'abcès de la prostate sont rares du fait qu'il se fait une évacuation naturelle par l'utricule prostatique et que le feuillet de l'aponévrose pelvienne est très résistant. De plus, l'inflammation de l'adénome est thérapeutiquement accessible et, s'il y a abcédation, on peut assurer l'évacuation du pus par la voie opératoire. La fistule vésico-intestinale n'est pas d'origine prostatique. La fistule vésico-cutanée : l'adénome constituant un obstacle à l'écoulement normal, l'urine peut passer par la fistule. Le siège de l'ouverture est très variable, la marge de l'anus, le périnée, la région inguinale, fémorale ou coxale peuvent être intéressées.

La fistule vésico-génitale : perforation d'un abcès prostatique dans la vessie.

La fistule vésico-osseuse peu fréquente.

Du côté de l'uretère, il peut y avoir obstacle à l'écoulement de l'urine, une dilatation rétrograde en résulte, urétérite et périurétérite simple, suppurée ou lipomateuse, parfois sclérose et atrophie consécutive. Du côté du rein : néphrite ascendante,

pyélite avec ou sans distension, périnéphrite scléreuse, suppurée ou scléro-lipomateuse.

Les anses intestinales : appendice, anses grêles, côlon transverse, S iliaque sont agglutinés, collés contre la vessie, s'ulcèrent, se perforent et donnent ainsi des fistules pyostercorales ou vésico-pyostercorales. L'appareil génital peut être atteint. Il peut y avoir de la déférentite, vésiculite, épidydimite ne sont pas rares.

A côté, les complications générales :

1° Intéressent l'appareil circulatoire :

Phlébite qui a son point de départ au niveau du plexus de Santorini.

Les thromboses veineuses.

Les septicémies. Les pyohémies.

2° Intéressent l'appareil pulmonaire :

Pleurésie, pneumonie, bronchopneumonie.

Enfin et surtout la péritonite aiguë qui est très à craindre dans le cas de phlegmon de Retzius.

TRAITEMENT

Il sera très variable selon les cas et les conditions dans lesquelles apparaissent les péricystites. Mais surtout « il vaut mieux prévenir que guérir » et nous nous attacherons en premier lieu au traitement préventif :

Il faudra, par conséquent, traiter les prostatites, les cystites, éviter les sondages traumatisants, la stagnation et l'infection de l'urine dans le bas-fond vésical, procéder à des lavages de vessie.

Il faudra éviter les actes opératoires dangereux, rejeter la ponction sus-pubienne qui est fréquemment cause du phlegmon de Retzius.

Mais surtout il faudra pratiquer la désinfection pré-opératoire qui est le temps essentiel, pour cela on fera souvent précéder l'acte opératoire par la pose d'une sonde à demeure, et l'opération elle-même se fera le plus souvent en deux temps avec cystostomie préalable.

Enfin, l'ablation de l'adénome éliminera tous les risques d'infection qui en résultent. Mais comme nous l'avons vu en étudiant l'étiologie, c'est surtout à la suite de la cystostomie ou de la prostatectomie que se déclarent les péricystites. C'est donc la technique opératoire qu'il faudra surveiller et, si besoin est, modifier.

Certaines précautions se révèlent essentielles :

1° Lorsqu'on découvre la vessie, il faut éviter de la décoller derrière le pubis et se tenir toujours au-dessus du bord supérieur de cet os dans la manœuvre du retroussement du cul-de-sac péritonéal qui ne doit pas être étendu non plus de

chaque côté de la ligne médiane, afin d'éviter la cellulite pré et périvésicale.

2° Ne pas pousser l'incision de la vessie trop bas près de son col, l'urine aura ainsi moins de facilité à stagner derrière la symphyse et pourra sourdre plus directement au dehors.

Lorsqu'on veut faire une cystostomie, il faut suturer par deux points de chaque côté, les lèvres de l'incision vésicale à la peau ou tout au moins aux bords internes des muscles droits. Lorsqu'on pratique la prostatectomie on emploiera les mêmes précautions, mais l'ouverture étant plus large ou agrandie, il vaudra mieux agrandir l'ouverture dans le sens transversal plutôt que de prolonger l'incision vers le col.

Pour faciliter les manœuvres du doigt qui va travailler à l'énucléation de la glande on suturera l'incision vésicale aux bords de la boutonnière musculaire pariétale, mais provisoirement et on fera sauter ces sutures une fois la prostate enlevée.

Au cours de l'ablation, éviter de faire un trou derrière la vessie ou à côté de la loge glandulaire, pour cela agir avec prudence et douceur.

Puis, l'opération terminée, le tamponnement de la cavité laissée par la sortie de la glande étant bien en place, on place le tube de Freyer, on enlève les fils de suture provisoire de l'incision vésicale aux plans pariétaux et on ferme la vessie par un ou deux points au catgut au-dessus et au-dessous du tube de Freyer. Puis on fixe celui-ci et on solidarise pendant un certain temps la vessie incisée avec la paroi abdominale. Pour cela on placera sur chaque flanc du tube une anse de gros fil de catgut dont on fait passer un des chefs dans la lèvre correspondante de l'incision vésicale, puis dans la boutonnière musculaire de la paroi. On noue ensuite ce chef avec l'autre resté à côté du tube. On réalise une bonne coaptation vésico-pariétale et il n'y a guère de place pour l'infiltration les jours qui suivent l'opération.

Enfin, il est un facteur à ne pas négliger, c'est la durée de l'opération. Viannay, pour l'abréger, exécute la taille par transfixion en ponctionnant la vessie au-dessous de la sym-

physe pubienne avec un couteau qui sectionne d'un seul coup la paroi abdominale et la paroi antérieure de la vessie.

Notons l'importance qu'a prise l'opération en deux temps surtout chez les infectés. Pasteau considère que l'opération en deux temps permet d'opérer davantage et de guérir plus souvent. On ne procède au deuxième temps à moins d'indications absolues qu'après avoir désinfecté le malade dans toute la mesure du possible.

De même si l'opération a été laborieuse, il sera bon de retarder jusqu'à la troisième semaine révolue le moment de la fermeture de la cystostomie.

Pour d'autres auteurs, en particulier Viannay, il vaut mieux pratiquer la suture primitive retardée qui se fera sans aucun avivement, en rapprochant simplement par une suture à deux ou trois plans les lèvres de la plaie vésicale et de la plaie hypogastrique. Cette suture est difficile à cause de la friabilité des tissus, elle nécessite la mise en place d'une sonde à demeure. Mais elle donne une abréviation notable de la période de cicatrisation, réalise la mise à sec des malades, diminue les chances d'infection secondaire de la plaie vésicale, ainsi que les chances de fistulisation de la vessie à l'hypogastre. Elle peut se faire soit après la prostatectomie en un temps ou en deux temps. Israël Duval, Legueu, Martel ont tenté la suture primitive immédiate, mais l'ont abandonnée surtout après la prostatectomie en un temps, elle est préférable lors de la prostatectomie en deux temps où les risques d'infection sont diminués. Mais si, malgré toutes les précautions prises et le perfectionnement de la technique employée, la fièvre s'allume, l'état général s'altère, la douleur apparaît au niveau de la plaie opératoire, enfin si la péricystite est déclarée, il faudra passer au traitement curatif.

Le traitement curatif comporte deux parties :

En premier lieu le traitement médical. Notons que la thérapeutique employée sera différente et en rapport avec la nature et l'évolution de la péricystite.

D'après Fuller le traitement est parfois préjudiciable et désastreux, mais c'est là, je crois, être trop pessimiste. Si nous avons une manifestation inflammatoire minime, on se contentera de traiter les troubles de la miction par des lavages et des instillations prudentes. Application de compresses chaudes sur la région malade.

La radiothérapie conseillée par Walk peut être très efficace dans les formes scléreuses. On peut également utiliser les rayons ultra-violets associés au drainage.

La vaccinothérapie et la chimiothérapie ont été également employées avec succès.

Mais lorsqu'il se produit une collection, un foyer qui suppure, des abcès, c'est surtout à l'intervention chirurgicale qu'il faudra recourir. Il faudra effectuer un drainage qui, seul, dans les péricystites suppurées, sera capable d'assurer la guérison. Peu importe la technique, ce qu'il faut, c'est placer un drain qui passe devant la vessie puis derrière le pubis et vienne ressortir, non pas sur la ligne médiane sous-pubienne, parce que la racine de la verge formerait obstacle, mais en dedans d'une des branches ischio-pubiennes. On pourra pratiquer une incision sus-pubienne et une contre-ouverture périnéale, en cas d'accumulation rétro-vésicale.

Il y a deux façons courantes de procéder :

1. Procédé de Ruotte : incision de 3 à 6 cm. en dedans d'une branche ischio-pubienne. On pénètre dans le triangle ischio-bulbaire puis on va dans la profondeur rechercher avec le doigt l'extrémité d'une grosse sonde cannelée, courbe, introduite au préalable derrière le pubis et poussée à travers le décollement rétro-pubien jusqu'au périnée, sur le côté interne de la branche ischio-pubienne où l'incision a été faite. Une fois cette sonde sentie par le doigt périnéal, il n'y a plus qu'à inciser sur elle ce qui reste de la cloison périnéale, à passer l'extrémité d'un dilatateur gouttière pour agrandir la boutonnière et à remplacer la sonde cannelée par un stylet glissé dans elle et entraîne ensuite un drain attaché à son chas. Eviter de blesser la racine des corps caverneux.

2. Procédé de Chute : petite incision d'un côté du périnée à 1 cm. 5 de la ligne médiane, à 1 cm. 5, 2 cm. au-dessous du bord inférieur de la symphyse. Cette incision traverse la peau et les plans superficiels du périnée. Puis on introduit une longue pince courbe par en haut, au niveau de la base de la vessie ou à partir de la base de la cavité suppurée. Cette pince est poussée en avant vers l'incision faite au périnée. Avec un doigt introduit dans la plaie périnéale, on peut sentir très facilement cette pince et la guider jusqu'à l'orifice. Un drain en caoutchouc de 7 à 12 cm. de diamètre est saisi entre les mors de cette pince et repoussé dans la cavité périvésicale. Le drain est fixé à la peau du périnée par un point de suture de lin et ainsi maintenu solidement en place. Le drain est laissé jusqu'à ce que la température du malade revienne à la normale, que l'écoulement diminue et présente un caractère moins purulent. On le raccourcit progressivement et on l'enlève. Par en haut on perfore en décollant le fascia rétro-vésical, les fibres du releveur de l'anus, les aponévroses périnéales profondes et la graisse sous-cutanée. Les vaisseaux que l'on pourrait rencontrer seront écartés au doigt.

Après la prostatectomie sus-pubienne, en dehors des accidents d'infiltration, il faut penser à la loge prostatique qui peut devenir le point de départ d'une infiltration septique, surtout si l'extirpation n'a pu être correctement faite ou si le doigt de l'opérateur a effondré un point de la paroi. Alors c'est cette cavité elle-même qu'il convient d'ouvrir par le périnée après décollement prérectal conduit jusqu'à elle.

A quel moment doit-on pratiquer le drainage :

Certains sont partisans d'un drainage périnéal immédiatement pratiqué après une opération de prostatectomie haute, après opération laborieuse ou sur sujets infectés, chez lesquels la longueur de cicatrisation ou la résorption septique sont à éviter, mais chez lesquels aucun signe de péricystite ne s'est manifesté. Dans le cas de péricystite déclarée Abeshouse conseille l'intervention immédiate.

Pour Marion, dans le cas de péricystites post-opératoires

aiguës ou subaiguës, l'abstention provisoire doit être la règle. Les abcès, en général, s'ouvrent dans la vessie et arrivent à la guérison spontanée. La sonde à demeure, les lavages antiseptiques, les applications de glace et de compresses laudanisées chaudes donnent une résolution complète et ce n'est que si une aggravation sérieuse de l'état général survient qu'on devra intervenir. L'incision devra être sous-péritonéale dans la région où la tuméfaction est la plus appréciable. « Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de faire une contre-ouverture au point le plus déclive », dit Marion. Mais si l'infection s'étend vers le canal inguinal, en passant par le trou obturateur et fuse vers la partie interne de la cuisse, on complète le drainage périnéal sous-pubien par des incisions convenables et des contre-ouvertures aux endroits les plus proéminents des suppurations localisées.

Dans le cas de péricystites post-opératoires chroniques, Marion conseille également l'abstention à moins qu'il y ait une tuméfaction ou une fluctuation nette.

Lorsqu'il se produit des suppurations tardives multiples distinctes des infiltrations plus graves ou des abcès à évolution lente insidieuse qui apparaissent autour de la vessie basse; autour de la prostate conservée ou enlevée ou même loin d'elle et viennent successivement pointer en les points les plus divers, cas que l'on rapporte le plus souvent à des lymphangites et qui conduisent souvent à la septico-pyohémie mortelle : On incisera et on drainera toutes les fusées secondaires, mais c'est surtout sur le foyer causal qu'il faudra intervenir. Le point de départ de l'infection étant certainement la vessie ou la prostate, il faudra donc réouvrir ou agrandir la plaie hypogastrique sous laquelle l'infection peut se cacher et mettre l'espace rétro-pubien en large communication avec le périnée par le drainage périnéo-rétropubien.

En définitive :

Dans la forme œdémateuse et lipomateuse, le traitement s'adresse surtout à la cystite;

Dans la forme suppurée, le drainage par voie périnéale ou

hypogastrique est indispensable. Il faudra calmer l'inflammation et pratiquer l'incision au niveau le plus adéquat;

Dans la forme phlegmoneuse diffuse, c'est à la laparotomie sous-ombilicale qu'on aura recours et on drainera les décollements à droite et à gauche de la vessie;

Pour le phlegmon de Retzius on débutera par le traitement médical, mais si des phénomènes graves surviennent, il faudra intervenir : on pratiquera une incision sus-pubienne médiane longue de 8 à 10 cm.

Enfin, pendant que dureront ces divers traitements, il ne faudra pas négliger l'état général : toniques généraux, liquides abondants, goutte à goutte rectal seront tour à tour ou simultanément employés.

CONCLUSIONS

1. Les péricystites compliquant l'adénome prostatique sont rares, mais comme le montre l'historique de la question, cette étude ne manque pas d'intérêt et de grands progrès ont été fait ces derniers temps, tant dans le domaine étiologique, histologique anatomique que clinique.

2. Le mot de péricystite devra être pris dans son sens le plus général englobant les para et les extracystites.

3. La pathogénie et l'étiologie présentent une importance primordiale. Au premier plan se trouve l'infection de l'adénome primitive ou survenant à la suite de prostatite, périprostatite, d'une maladie générale, les germes survenant par voie sanguine, lymphatique ou par contiguïté.

Les troubles mécaniques dus à la présence de l'adénome : stagnation, sondage, bas-fond vésical et l'infection qui en résulte sont également des facteurs importants, car souvent ils déterminent une cystite qui dégénère en péricystite.

Mais ce sont surtout les causes opératoires qui dominent :

1° La ponction de la vessie actuellement délaissée;

2° La cystostomie mal faite;

3° La prostatectomie.

Dans ces deux derniers cas, c'est le plus souvent une suture inexistante de la paroi vésicale à la paroi abdominale ou défectueuse et l'introduction de la sonde de Pezzer, qui sont à l'origine de l'infection.

4. Au point de vue anatomo-pathologique, les formes sont variées : œdémateuse, surtout scléro-adipeuse, apanage des vieux prostatiques chroniques, suppurée circonscrite,

phlegmoneuse diffuse et phlegmon de Retzius, moins fréquent depuis qu'on ne pratique plus la ponction vésicale.

5. La symptomatologie est très variable, suivant l'évolution il faudra surtout s'attacher aux troubles de la miction, à l'altération de l'état général, la température, l'infiltration, l'empâtement et les douleurs sous-ombilicales.

Enfin le toucher rectal et le sondage de la vessie après lequel persiste l'empâtement, aideront au diagnostic.

6. L'évolution se fait le plus souvent vers la guérison, mais la maladie peut passer à la chronicité; parfois il y a généralisation du processus infectieux et mort du sujet.

7. Le diagnostic, difficile lorsque la péricystite succède à une cystite, sera plus aisé lorsque celle-ci survient après une intervention opératoire.

8. Les complications :

a) Locales : sont surtout marquées par la production de fistules : vésico-cutanée, vésico-génitale, vésico-osseuse.

b) Générales : septicémies, pyohémies, phlébites pour l'appareil circulatoire. Pleurésies, pneumonies, broncho-pneumonies pour l'appareil respiratoire.

9. Le traitement :

a) Préventif : suppression des actes opératoires dangereux, en particulier la ponction vésicale. Pratiquer la désinfection qui est le temps essentiel. Pose de la sonde à demeure. Enfin progrès de la technique opératoire avec opération en deux temps et suture étanche entre la paroi vésicale et les plans pariétaux abdominaux.

b) Curatif : où à côté du traitement médical domine le drainage et l'évacuation du pus.

Les progrès accomplis aussi bien dans la connaissance des divers processus étiologiques que dans la technique opératoire et la thérapeutique médicale, montrent une fois de plus que l'homme peut encore attendre beaucoup de la médecine et qu'il doit plus que jamais persévérer dans l'étude de son art.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
P. MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. DUVERGEY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 29 mai 1942
L'inspecteur général de l'Enseignement supérieur
Recteur de l'Académie,
André LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Ertzbishoff.** — *Complications éloignées de la prostatectomie transvésicale.*
2. **Escat.** — *Suites éloignées des prostatectomies.*
3. **Dominici.** — *Des péricystites.*
4. *Rapport congrès d'urologie* : « Les péricystites ».
5. *Encyclopédie française d'urologie.*
6. **Melchior** (Max). — *De la cystite et de l'infection urinaire,* Copenhague , 1893.
7. **Marion.** — *Traité d'urologie.*
8. *Journal d'urologie,* Uteau, 1935.
9. **Aversenq.** — *Rapport au congrès d'urologie française,* en 1913.
10. « Sur les extra-prostatites », *Journal d'urologie médicale et chirurgicale,* Paris, 1921, XII, pp. 413-416.
11. **Aversenq** et **Dieulafé.** — « Aponévroses et espaces périprostatiques. Suppurations périprostatiques », *Annales mal. org. gén. urinaires,* janvier 1913, p. 1.
12. **Boeckel.** — *Péricystite phlegmoneuse diffuse avec abcès dans une prostate œdématiée.*
13. **Brin** (H.). — « Sur les péricystites », *Association française d'urologie. Proc.-verbal,* 1913, Paris, 1914, XXV, pp. 288-299.
14. **Carlier.** — « Des dangers de la ponction sus-pubienne de la vessie », *Echo médical du Nord,* nov. 1905, pp. 517 à 522.
15. **Duplay.** — *Hypertrophie de la prostate. Rétention d'urine, ulcération et perforation de la vessie. Abcès sous-péritonéal entièrement étendu, avec décollement remontant jusqu'au diaphragme.*
16. **Duvergey.** — « Un cas de péricystite suppurée consécutive a la prostatectomie », *Journal d'urologie,* octobre 1932.
17. **Pey.** — « Deux cas de cellulite pelvienne à point de départ prostatique », *Journal d'urologie,* octobre 1932.
18. **Legueu.** — « Le phlegmon diffus périvésical d'origine prostatique », *Journal d'urologie,* 15 janvier 1913, t. IV, p. 1 .

19. **Martin** (J.). — *Fistule vésico-rectale chez un prostatique. Guérison rapide sous l'influence d'une sonde à demeure. Prostateciomie hypogastrique.*

20. **Pasquereau** et **Rousile.** — « Un cas de péricystite consécutive à une cystostomie pour corps étranger de la vessie », *Journal d'urologie,* 1921, t. XII, n° 4, p. 281.

21. **Legueu** et **Rochet.** — « Cellulites pelviennes et périvésicales », *Journal d'urologie* de janvier 1923.

22. **Bonneau.** — Des infections urinaires graves, tardives après la prostatectomie », *J. d'Urologie,* octobre 1932.

23. **Pesteau.** — « Des infections au cours de la prostatectomie », *Journal d'urologie,* octobre 1932.

24. **Usinet.** — *Les suppurations prostatiques et périprostatiques* (thèse de Paris, 1901).

25. **Hallet.** — « Des péricystites », *Annales des maladies des organes génitaux urinaires,* 1892.

26. **Uniset.** — « Les espaces périprostatiques et leurs abcès. Discussion », *Assoc. Française d'Urologie,* 1910.

27. **Desnos.** — « Phlegmon périprostatique. Foyer anormal », *Union médicale,* 1888, p. 649.

28. **Casteneda y Campos.** — *Du phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius ou phlegmon prévésical,* th. de Paris, 1878.

29. *Maladies de la prostate,* thèse d'agrégation, Paris, 1857.

30. **Reliquet.** — « Phlegmons périvésicaux », *Union médicale,* 1878, 3e série, t. XXV, p. 289 à 326.

Imprimerie BIÈRE, 18, rue du Peugue, Bordeaux — 1942.